

Aus dem Strahleninstitut (Leiter: Dr. med. J. Weishaar)
der Universitäts-Frauenklinik (Direktor: Prof. Dr. med. R. Dyroff)
Erlangen

**Verschleppungszeiten bei Patientinnen
mit Mammakarzinom:
eigene Untersuchungen aus dem Zeitraum
1920-1958**

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Friedrich-Alexander-Universität
zu
Erlangen

vorgelegt von
Franz Jungbauer
aus Tisch/CSR

Dekan: Prof. Dr. F. Heim

Referent: Prof. Dr. R. Dyroff

Tag der mündlichen Prüfung: 17. 9. 1959



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548805_0112

Sonderdruck aus
STRAHLENTHERAPIE

Band 111, Heft 1 (1960)

VERLAG URBAN & SCHWARZENBERG / MÜNCHEN UND BERLIN

Alle Rechte, auch die des Nachdrucks, der photomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten

Aus dem Strahleninstitut (Leiter: Dr. J. Weishaar)
der Universitäts-Frauenklinik Erlangen (Direktor: Prof. Dr. R. Dyroff)

Verschleppungszeiten bei Patientinnen mit Mammakarzinom; eigene Untersuchungen aus dem Zeitraum 1920 bis 1958

Von

Julius Weishaar und Franz Jungbauer

Einleitung

Immer eindringlicher wird auf die Wichtigkeit der Früherfassung der Karzinomerkrankungen hingewiesen. „Was nützt der weitere Ausbau unserer Behandlungsmethoden mit Röntgenstrahlen, Radium und dem elektrischen Messer, wenn die große Masse der Patienten zu spät zum Arzt kommt.“ Mit diesen Worten hat Wintz schon im Jahre 1931 in einem seiner Vorträge „Über Krebs und Krebsbekämpfung“ unzweideutig auf die große Bedeutung der Verschleppung aufmerksam gemacht. Was hilft es der medizinischen Wissenschaft, wenn ihr die modernsten Bestrahlungsgeräte zur Verfügung stehen, wenn sie die sicherste Operationsmethode beherrscht, der Patient jedoch bewußt oder unbewußt sein Leiden, seine Krebskrankheit verschleppt. Mit zunehmender Länge der Verschleppungszeit verschlechtert sich die Prognose, die Heilungsziffer sinkt (*Bloom, Kreyberg*). Daher werden in wachsendem Ausmaß die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Frühdiagnose eines Karzinoms für die Prognose in den Vordergrund gestellt. Die günstigsten Voraussetzungen für die Früherfassung der Tumoren sind im Bereich der Haut, Mamma und Genitalorgane gegeben. Besonders Mammatumoren können mehr oder weniger leicht durch die Frau selbst festgestellt werden.

Was versteht man unter Verschleppung?

Von Verschleppung im medizinischen Sinne spricht man ganz allgemein dann, wenn nach dem ersten Entdecken von Krankheitssymptomen, wie zum Beispiel beim Mammakarzinom von Knoten, Brustatrophie oder -hypertrophie, blutende Mamma usw. (*Chance*) keine entsprechende Therapie eingeleitet wird. Dyroff und Siegert sprechen ganz allgemein dann von Verschleppung, wenn beim ersten Auftreten von Krankheitszeichen nicht sofort mit der jeweils zweckmäßigen Therapie begonnen wird. Man sieht somit die Verschleppung als Zeitbegriff an. Man kann eine Verschleppung, die durch den Patienten, und eine Verschleppung,

die durch den Arzt bedingt wird, unterscheiden. Der Patient verschleppt, wenn er nach Bewußt- oder Sichtbarwerden von Krankheitsanzeichen nicht sofort den Arzt aufsucht. Beim Arzt spricht man von Verschleppung, wenn er bei seinen Patienten die Symptomatik erkennt und nicht sofort eine entsprechende Therapie einleitet.

Mitteilungen aus dem Schrifttum

Eine einheitliche Definition, ab wann man von Verschleppung sprechen muß, wird nicht vorgefunden. Manche Autoren (zit. n. *Dyroff* und *Siebert*) lassen die effektive Verschleppungszeit nach 6 Wochen beginnen, andere nach 13 Wochen. Eine dritte Gruppe von Autoren spricht schon nach 4 Wochen von einer Verschleppung, wenn bis dahin keine krankheitsentsprechende Behandlung eingeleitet wurde. Eine Verschleppung, die der Arzt verschuldet, nehmen die Autoren dann an, wenn der Arzt die Diagnose nicht innerhalb von 4 Wochen gesichert hat. Amerikanische Autoren billigen dem Arzt dagegen nur 3 Wochen bis zur Sicherung der Diagnose zu. Nach Ansicht der meisten Autoren verschleppt der Arzt dann, wenn er nach 4 Wochen noch nicht zur spezifischen Therapie gegriffen hat. *Edling* gibt dem Arzt 2 Monate Zeit bis zur Festlegung der Diagnose. *Wildner* spricht von Verschleppung, wenn der Patient erst 3 Monate nach Bewußtwerden von Krankheitszeichen zum Arzt geht; dem Arzt räumt er jedoch nur einen Zeitraum bis zu 1 Monat zur Stellung der Karzinomdiagnose oder -verdachtsdiagnose ein.

Wintz weist an Hand seiner Fälle nach, daß nur 14 bis 17% der Patientinnen mit Gebärmutter- und Brustkrebsen sofort in entsprechende Behandlung gelangen, alle anderen Fälle (etwa 85% der Gesamtzugänge) kommen in verschlepptem Zustand. *Esch* berichtet, daß 70% der Patientinnen den Arzt zu spät aufsuchen. *Schröder* findet in seinem Krankengut höchstens 50% der Patientinnen, die sich sofort in Behandlung begeben, der Rest kommt zu spät. *Edling* fand bei einer Nachuntersuchung bei 231 von 414 Patientinnen (= 56%) in den Jahren 1927 bis 1936 einen verzögerten Behandlungsbeginn. Der Autor spricht von Verschleppung sowohl durch die Patientin als auch durch den Arzt, wenn nach Ende des 2. Monats noch keine spezifische Therapie eingeleitet wurde. *Dietel* und *Dietsch* haben für ihre Statistik der Jahre 1927 bis 1936 ein Krankenmaterial von 1462 Patientinnen mit Kollumkarzinomen ermittelt, von denen 445 = 30,4% als verschleppt angenommen werden mußten. *Du Mesnil de Rochemont* berichtet über Patientinnen mit gynäkologischen Krebsen, von denen 58% innerhalb von 1 bis 2 Monaten, 19% im 3. und 4. Monat, 8% im 5. und 6. Monat und 15% im 2. Halbjahr nach Auftreten der Erstsymptome zur ersten Untersuchung gelangten. Von den 58% wurden 26% sofort in die Klinik überwiesen, während bei 32% der Patientinnen eine spätere Überweisung erfolgte.

Im folgenden soll nun speziell auf Angaben im Schrifttum bezüglich der Verschleppungszeiten beim Mammakarzinom eingegangen werden, um dann später unsere eigenen Ergebnisse damit vergleichen zu können. Zuerst darf erwähnt werden, daß das Mammakarzinom nach der Thüringer Krebsstatistik an zweiter Stelle aller Krebse der Frau steht. Zu einem gleichen Ergebnis kam *M. Becker*.

Pack und *Gallo* fanden bei 246 Fällen von Mammakarzinom 140 = 56,9% Patientinnen mit einer selbstverschuldeten Verschleppung. 57 Patientinnen (= 23%) suchten sofort nach Bewußtwerden von Krankheitssymptomen den Arzt auf, der sie ohne Zeitverlust einer spezifischen Behandlung zuführte. Eine Verschleppung wurde nach Ablauf des 3. Monats angenommen. *Berven* gibt eine durchschnittliche Beobachtungszeit (= Verschleppungszeit) im Stadium Steinthal I von 6 Monaten, bei Steinthal II von 8 Monaten an. Bei *Gummel* und *Wildner* betrug der Prozentsatz der verschleppten Fälle insgesamt 67%. Davon suchten 31% der Patientinnen den Arzt zu spät auf, und bei 36% machte sich der Arzt allein oder zusammen mit der Patientin einer Verschleppung schuldig.



In 10% der Fälle verschleppten Patientin und Arzt. *Bohlig* fand unter 373 Zugängen mit Mammakarzinom aus den Jahren 1950 bis 1952 99 Fälle mit einer Verschleppungszeit von 6 Monaten und darüber (= 26,5%), 44 Fälle mit einer Verschleppungszeit von 4 Monaten und weniger (= 11,7%). *Claus* beobachtete in den Jahren 1930 bis 1944 keine Verringerung der Verschleppungszeiten im Verlauf der Jahre. *Aufiligow* dagegen meint eine Senkung der verschleppten Erstzugänge von Mammakarzinom um 20% von 1946 bis 1950 gegenüber früheren Jahren festgestellt zu haben. Auch in Amerika sei nach *Berven* die Krebsaufklärung fruchtbar verlaufen, wohingegen er in bezug auf Schweden davon nicht überzeugt ist. 50% aller Brustkrebse sind in Schweden bereits bei der ersten Konsultation als inoperabel anzusprechen. Ebenso zeigt das Krankengut von *Ficke* und *Reißig* keine Verkürzung der Verschleppungszeiten. 60% ihrer Fälle erwiesen sich als verschleppt. Nur bei 8,9% wurde eine Diagnose innerhalb von 2 Wochen gestellt. Nach *MacLeans* Ergebnissen wurde bei 6,1% = 26 von 437 Patientinnen innerhalb einer Woche zweckentsprechend therapeutisch vorgegangen. Nach *Miller* und *Pendergrass* waren 8% = 82 von 1029 Patientinnen ohne Verschleppungszeit (unter 2 Wochen). *Bohlig* stellte 1953 am Dresdener Institut fest, daß sich die Verschleppungszeit bei den nach dem Krieg beobachteten Fällen gegenüber den früheren Jahren bei der Großstadtbevölkerung verkürzt hat, bei der Kleinstadt- und Landbevölkerung hat sich nichts geändert. *Ficke* und *Reißig* teilten nach Berufs- und Altersgruppen auf, konnten aber keine signifikanten Unterschiede bei den einzelnen Reihen erkennen. Auch konnten sie die Vermutung *Bohligs*, die sozial niederen Klassen hätten eine längere Verschleppungszeit aufzuweisen, auf Grund ihrer Ergebnisse nicht teilen. Ebenso liege kein Unterschied bezüglich der Verschleppungszeit zwischen Ledigen und Verheirateten, zwischen Multipara und Nullpara vor.

Die Angaben der genannten Autoren lassen somit erkennen, daß die Verschleppungszeiten und die Zahl der Verschleppungsfälle — sowohl die Verschleppung durch die Patientin als auch durch den Arzt — beim Mammakarzinom sowie bei den Genitalkarzinomen bedenklich hoch sind.

Wodurch sind nun diese zum Teil langen Verschleppungszeiten bedingt? Bei vielen Patientinnen dürfte die „Modesty“, wie es *Shorter* nennt, die falsche Scham vor der Untersuchung bei ihrem bekannten Arzt oder der Klinik, hereinspielen. Oft sind es auch reine Unwissenheit oder die Furcht vor der Operation, die den Patienten von der Untersuchung durch den Arzt fernhalten. Nicht ganz unschuldig dürfte die soziale Stellung, die finanzielle Lage, für eine Verschleppung sein. *Du Mesnil de Rochemont* rät, „allen Ratsuchenden den Weg zum Arzt zu erleichtern und die pekuniären Hindernisse zu beseitigen.“ Ebenso könnte ein Zeitmangel eine wichtige Rolle spielen, wobei auch vielfach das Fehlen von Schmerzen bei den Erstsymptomen mithilft, den Arztbesuch hinauszuzögern. Nach *Claus* fällt der Patient durch das plötzliche Entdecken eines Knotens in der Brustdrüse in eine psychische Angst, und die Furcht vor der Schwere des Leidens sowie der eventuellen Operation hindern ihn an jeglichem vernünftigen Handeln. Er versucht durch sogenannte „krebshheilende Mittel“ den entscheidenden Eingriff aufzuschieben.

Nun erscheint es uns interessant festzustellen, ob die Verschleppungszeiten im Verlauf der Jahre in unserem Einzugsgebiet entsprechend der zunehmenden Aufklärung der Bevölkerung kürzer geworden sind. Zur Beantwortung dieser Frage dürfte das Mammakarzinom besonders geeignet sein; denn hierbei können die Patientinnen auf Befragung meist ziemlich genau den Termin der ersten Beobachtung eines Knotens in der Brust oder sonstige Krankheitszeichen angeben. Aus diesem Grund wurde das Krankengut der Universitäts-Frauenklinik Erlangen der Jahre 1920 bis 1958 untersucht.

*Eigene Untersuchungen**Gesamtkrankengut*

Aus dem Krankengut der Universitäts-Frauenklinik Erlangen standen uns für die Jahre 1920 bis 1958 3097 wegen Mammakarzinoms behandelte Patientinnen zur Verfügung. In den Anamnesen der Krankenblätter konnten jedoch in 900 Fällen keine für unsere Fragestellung brauchbaren Angaben gefunden werden. Dies betrifft vor allem die früheren Jahre. Zur Beurteilung der Verschleppungszeiten konnten also nur 2197 Patientinnen herangezogen werden. Die Verschleppungszeiten durch den Arzt waren in den früheren Jahren nur selten angegeben. Diesbezügliche Mitteilungen lagen erst kontinuierlich im Zeitraum 1949 bis 1958 vor (642 Patientinnen). Ob die Verschleppung tatsächlich durch den Arzt erfolgte oder ob der Rat des Arztes zu einer sofortigen zweckentsprechenden Behandlung nicht befolgt wurde, war aus den Anamnesen nicht immer eindeutig ersichtlich. An Hand von Tabellen soll im folgenden über unsere Ergebnisse berichtet werden.

Verschleppung durch die Patientin

1. *Gesamtmaterial chronologisch aufgeteilt (Tab. 1).* Die Tabelle zeigt in chronologischer Folge von 1920 bis 1958 die Verschleppungszeiten durch die Patientinnen. Von 2197 Frauen suchten 11% den Arzt innerhalb von 2 Wochen auf, 13% in der 3. bis 4. Woche, 11% der Frauen im 2. Monat, 27% im 3. bis 6. Monat, 18% im 7. bis 12. Monat und 20% im 2. Jahr und später nach Auftreten von Krankheitszeichen.

Innerhalb von 2 Wochen sind jeweils in den einzelnen Zeitabschnitten minimal 5% bis maximal 20% der Patientinnen zum Arzt gegangen. Den geringsten Prozentsatz finden wir in den ersten Jahren nach den Kriegen. Anschließend steigen die Zahlen deutlich an, wobei sie mit 13% in den Jahren 1926 bis 1930 nach dem ersten und mit 20% 1954 bis 1958 nach dem zweiten Weltkrieg den höchsten Stand erreichen. Die Vergleichsprozentszahlen der Patientinnen, die den Arzt innerhalb von 1 oder insgesamt 2 Monaten aufsuchten, weisen eben-

Tabelle 1. Verschleppungszeiten durch die Patientinnen in den verschiedenen Zeitabschnitten.

Jahre	Gesamtzahl der Pat.	Den Arzt suchten auf					
		innerh. von 2 Wochen	in der 3.—4. Wo.	im 2. Monat	im 3.—6. Mon.	im 7.—12. Mon.	im 2. Jahr und später
1920—1925	145	10=7 %	12=8 %	16=11 %	35=24 %	40=28 %	32=22 %
1926—1930	128	17=13 %	16=13 %	9=7 %	35=27 %	20=16 %	31=24 %
1931—1935	219	24=11 %	24=11 %	30=14 %	68=30 %	34=16 %	39=18 %
1936—1940	240	21=9 %	31=13 %	26=11 %	67=28 %	51=21 %	44=18 %
1941—1945	526	55=11 %	70=13 %	61=12 %	142=27 %	96=18 %	102=19 %
1946—1948	324	17=5 %	47=15 %	31=10 %	98=30 %	53=16 %	78=24 %
1949—1953	358	50=14 %	63=18 %	37=10 %	91=25 %	59=17 %	58=16 %
1954—1958	257	52=20 %	34=13 %	36=14 %	61=24 %	35=14 %	39=15 %
Gesamt	2197	246=11 %	297=13 %	246=11 %	597=27 %	388=18 %	423=20 %

falls in den Jahren 1920 bis 1925 und 1946 bis 1948 die niedrigste Höhe auf, während in diesen Jahren die Prozentzahlen für die Patientinnen mit den längsten Verschleppungszeiten (über 6 Monate) am höchsten sind (50 und 40%).

Eine merklliche Besserung der Prozentzahlen der Patientinnen, die innerhalb von 2 Monaten zum Arzt kamen, ist 1949 bis 1958 festzustellen (42 und 47%). Die in früheren Jahren erreichten Prozentzahlen liegen nur in 2 Zeitabschnitten (1931 bis 1935 und 1941 bis 1945) bei 36%.

Umgekehrt haben die Jahrgänge 1949 bis 1958 die niedrigste Prozentzahl von Patientinnen mit Verschleppungszeiten über 6 Monate (33 und 29%).

Statistisch gesichert haben 1949 bis 1958 prozentual mehr Patientinnen den Arzt innerhalb von 2 Monaten aufgesucht als in den Jahren 1926 bis 1945 zusammengekommen.*

Die Differenz der Prozentzahlen bei Verschleppungszeiten bis zu 2 Monaten zwischen den Nachkriegsjahren 1920 bis 1925 und 1946 bis 1948 gegenüber dem Gesamtzeitraum 1926 bis 1945 ist statistisch zwar nicht zu sichern, jedoch statistisch wahrscheinlich (98% Wahrscheinlichkeit).

2. *Verschleppungszeit unter Berücksichtigung der Zugehörigkeit zur Stadt- oder Landbevölkerung* (Tab. 2). Der prozentuale Anteil der Patientinnen aus der Stadtbevölkerung belief sich auf 47%, der aus der Landbevölkerung auf 53%.

Tabelle 2. Verschleppungszeit bei Stadt- und Landbevölkerung.

Zugehörig- keit zur	Ge- samt- zahl der Pat.	Den Arzt suchten auf					
		innerh. von 2 Wochen	in der 3.-4. Wo.	im 2. Monat	im 3.-6. Mon.	im 7.-12. Mon.	im 2. Jahr und später
Stadt- bevölkerung	1022	136=13 %	141=14 %	108=11 %	268=26 %	162=16 %	207=20 %
Land- bevölkerung	1175	110=10 %	156=13 %	138=12 %	329=28 %	226=19 %	216=18 %
Gesamt	2197						

Signifikante Unterschiede bezüglich der Länge der Verschleppungszeiten zwischen Stadt- und Landbevölkerung sind nicht ersichtlich.

3. *Verschleppung und fraglicher Zusammenhang mit dem Alter der Patientinnen* (Tab. 3). Von 2197 untersuchten Patientinnen standen 354=17% im Alter bis zu 40 Jahren, 1330=60% waren 41 bis 60 Jahre alt und 513=23% waren 61 Jahre alt und älter. In der Reihenfolge der 3 Altersgruppen aufgeführt betrug der prozentuale Anteil von Patientinnen, die den Arzt innerhalb von 2 Wochen aufsuchten, 13, 12 und 9%.

Faßt man die ersten 4 Wochen zusammen, so haben bei den jüngeren Patientinnen 27% in dieser Zeit den Arzt aufgesucht, bei der mittleren Patientinnen-Gruppe waren es 27% und bei der Gruppe mit den Patientinnen über 60 Jahre erschienen 19% in dieser Zeit beim Arzt.

* Herrn Dr. Reuß, der die statistischen Berechnungen mit durchführte, möchten wir an dieser Stelle vielmals danken.

Tabelle 3. Verschleppungszeiten und Alter der Patientinnen.

Alter in Jahren	Gesamt- zahl der Pat.	Den Arzt suchten auf					
		innerh. von 2 Wochen	in der 3.—4. Wo.	im 2. Monat	im 3.—6. Mon.	im 7.—12. Mon.	im 2. Jahr und später
bis 40 Jahre	354	46=13 0/0	50=14 0/0	37=11 0/0	103=29 0/0	58=16 0/0	16=17 0/0
41—60 Jahre	1330	156=12 0/0	194=15 0/0	159=12 0/0	364=27 0/0	231=17 0/0	226=17 0/0
61 u. älter	513	44=9 0/0	53=10 0/0	50=10 0/0	130=25 0/0	99=19 0/0	137=27 0/0
Gesamt	2197						

Nach 6 Monaten und später konsultierten von der Patientinnengruppe bis zum 40. Lebensjahr 33 0/0 den Arzt, im Alter von 46 bis 60 Jahren 34 0/0 und von den Patientinnen über 60 Jahre 46 0/0.

Insgesamt zeigt sich somit eine Tendenz in Richtung auf eine längere Verschleppungszeit bei den Patientinnen über 60 Jahre, während die beiden jüngeren Altersgruppen gegeneinander abgewogen etwa gleichwertige Verschleppungszeiten aufweisen und beide gegenüber der Patientinnengruppe über 60 Jahre einen prozentual höheren Anteil mit kürzeren Verschleppungszeiten darboten.

Diese Feststellung wird untermauert durch die statistische Berechnung, denn die prozentuale Verteilung der Patientinnen „61 Jahre alt und älter“ auf die einzelnen Verschleppungszeiträume ist statistisch gesichert different von der der beiden anderen Altersgruppen.

4. *Verschleppung und fraglicher Zusammenhang mit der Berufszugehörigkeit der Patientinnen* (Tab. 4). Die 2197 Patientinnen gliederten sich nach ihrer Herkunft wie folgt auf: Arbeiter 779=36 0/0, Selbständige 800=36 0/0, Angestellte 373=15 0/0, Beamte 281=13 0/0.

Tabelle 4. Verschleppungszeit und Berufszugehörigkeit.

Berufs- gruppen	Gesamt- zahl der Pat.	Den Arzt suchten auf					
		innerh. von 2 Wochen	in der 3.—4. Wo.	im 2. Monat	im 3.—6. Mon.	im 7.—12. Mon.	im 2. Jahr und später
Arbeiter	779	88=11 0/0	100=13 0/0	93=12 0/0	213=27 0/0	144=19 0/0	141=18 0/0
Selbständige	800	78=10 0/0	99=12 0/0	91=11 0/0	237=30 0/0	151=19 0/0	144=18 0/0
Angestellte	337	45=13 0/0	45=13 0/0	36=11 0/0	83=25 0/0	59=18 0/0	69=20 0/0
Beamte	281	35=11 0/0	53=19 0/0	26=10 0/0	64=23 0/0	34=12 0/0	69=25 0/0
Gesamt	2197						

Innerhalb von 1 Monat suchten den Arzt 24, 22, 26 und 30 0/0 der Patientinnen auf, nach 6 Monaten 37, 37, 38 und 37 0/0.

Untersucht man die prozentuale Verteilung der Beamtengruppe gegenüber den 3 anderen Gruppen zusammengefaßt, dann ergibt sich eine statistisch einwandfreie Differenz in der Gesamtverteilung. Auch beim Vergleich der zusam-

mengefaßten Beamten- und Angestelltengruppe mit den beiden Gruppen der Arbeiter und Selbständigen zeigt sich noch eine statistisch gesicherte Differenz in der Gesamtverteilung. Eine weitere Aufgliederung führt aber zu keinem eindeutigen Ergebnis.

Man kann somit nur vermuten, daß die Patientinnen aus der Angestellten- und Beamtengruppe in den ersten 4 Wochen in einem prozentual höheren Anteil zum Arzt gingen als die Patientinnen der beiden anderen Gruppen, während die Angestellten- und Beamtengruppe bei den Verschleppungszeiten über 1 Jahr etwas schlechter abschneiden.

Verschleppung durch den Arzt in den Jahren 1949 bis 1958

Tabelle 5 gibt Aufschluß über die Verschleppungszeiten durch den Arzt. Hier konnten nur, wie schon erwähnt, die Anamnesen der Jahre 1949 bis 1958 Verwendung finden, da in den Jahren vorher nicht genügend verwertbare Angaben vorlagen. Auch ließ sich anamnestisch manchmal nicht feststellen, ob die Verschleppung lediglich durch den Arzt verschuldet war oder ob die Patientin dem Rat des Hausarztes, sich in fachärztliche Behandlung zu begeben, nicht rechtzeitig Folge leistete und somit selbst verschleppte. Zur Auswertung stand ein Krankengut von 642 Fällen zur Verfügung: In den Jahren 1949 bis 1953 353 und 1954 bis 1958 289 Patientinnen.

Tabelle 5. Verschleppung durch den Arzt in den einzelnen Zeitabschnitten.

Jahre	Gesamtzahl der Pat.	Einleitung einer zweckentsprechenden Therapie					
		innerh. von 2 Wochen	in der 3.—4. Wo.	im 2. Monat	im 3.—6. Mon.	im 7.—12. Mon.	im 2. Jahr und später
1949—1953	353	85=24 0/0	74=21 0/0	69=20 0/0	77=21 0/0	21=6 0/0	27=8 0/0
1954—1958	289	106=36 0/0	71=25 0/0	46=16 0/0	29=10 0/0	13=5 0/0	24=8 0/0
Gesamt	642	191=30 0/0	145=23 0/0	115=18 0/0	106=17 0/0	34=5 0/0	51=7 0/0

Faßt man die ersten 4 Wochen zusammen, so ergeben sich für die Jahrgänge 1949 bis 1953 45 0/0 (159/353) der Patientinnen, die in dieser Zeit vom Arzt in entsprechende Behandlung gelangten (1954 bis 1958: 61 0/0, 177/289), innerhalb des 2. bis 6. Monats waren es 41 0/0 (146/153) (1954 bis 1958: 26 0/0, 75/289) und nach 7 Monaten 14 0/0 (48/353) (1954 bis 1958: 13 0/0, 37/289).

Beachtenswert erscheint, daß innerhalb der ersten 4 Wochen bei den Jahrgängen 1949 bis 1953 nur 45 0/0 der Patientinnen, in den Jahren 1954 bis 1958 aber 61 0/0 einer spezifischen Behandlung zugeführt wurden. Die Zahl der in den beiden Zeitabschnitten vom Arzt 1 Jahr und länger verschleppten Patientinnen ist prozentual gleich (14 und 13 0/0). Die Zahl der 2 bis 6 Monate lang verschleppten Patientinnen ist im ersten Zeitabschnitt höher (41 0/0) als im zweiten (26 0/0).

Bei der statistischen Berechnung läßt sich die Differenz der prozentualen Verteilung in den ersten 4 Wochen 1949 bis 1953 gegenüber 1954 bis 1958 einwandfrei sichern (auch für 2 Wochen ist die Differenz noch signifikant). Die Gesamtverteilung bis zu 6 Monaten ist stark gesichert.

Das bedeutet somit, daß 1954 bis 1958 einwandfrei prozentual mehr Patientinnen frühzeitig vom Arzt einer entsprechenden Behandlung zugeführt wurden als 1949 bis 1953.

Gegenüberstellung der Verschleppungszeiten bei a) Arztsitz auf dem Lande, b) Arztsitz in der Stadt.

Tabelle 6. Verschleppung durch den Arzt auf dem Lande und in der Stadt.

Arztsitz	Gesamtzahl der Pat.	Einleitung einer zweckentsprechenden Therapie					
		innerh. von 2 Wochen	in der 3.-4. Wo.	im 2. Monat	im 3.-6. Mon.	im 7.-12. Mon.	im 2. Jahr und später
Land	331	97=30 %	69=21 %	61=18 %	57=17 %	20=6 %	27=8 %
Stadt	311	94=30 %	76=24 %	54=17 %	49=16 %	14=5 %	24=8 %
Gesamt	642						

Tabelle 6 bringt den zeitlichen Behandlungsaufschub von seiten des Arztes unter Berücksichtigung des Arztsitzes. Von 642 Patientinnen wurden 331 = 52% vom Landarzt, 311 = 48% vom Stadtarzt in Klinikbehandlung überwiesen.

Stellt man zwischen den Zeiträumen von 4 Wochen, 2 bis 6 Monaten und dem Zeitraum nach 6 Monaten Vergleiche an, so wird erkennbar, daß 51% der Patientinnen nach 4 Wochen, 35% nach 1 bis 6 Monaten und 14% erst nach 6 Monaten vom Landarzt, 54, 33 und 13% in den gleichen Zeiträumen vom Stadtarzt zur Klinikbehandlung geschickt wurden.

Demnach können keine eklatanten Unterschiede bezüglich der Länge der Verschleppungszeit des Landarztes gegenüber der des Stadtarztes festgestellt werden.

Diskussion

Die Untersuchung der Verschleppungszeiten im Laufe der Jahre 1926 bis 1945 ergab kaum wesentliche prozentuale Differenzen. Auffällig ist der niedrige prozentuale Anteil von Patientinnen (im Vergleich zu den Zeitabschnitten 1926 bis 1945), die in den Nachkriegsjahren sowohl des ersten (1920 bis 1925: 7%) als auch des zweiten Weltkrieges (1946 bis 1948: 5%) innerhalb der ersten 4 Wochen den Arzt aufsuchten, während die Prozentzahlen der gleichen Jahrgänge für die längsten Verschleppungszeiten (2 Jahre und später) ihren höchsten Stand erreichen (22 und 24%). Die Differenz ist statistisch wahrscheinlich. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen bei der Feststellung der Verschleppungszeiten beim Uteruskarzinom an unserer Klinik *Strambach*, *Dyroff* und *Siebert*. Als Grund für die Zunahme der Verschleppung nach dem Kriege wurde die allgemeine Notlage angenommen.

Eine Verkürzung der Verschleppungszeiten, d. h. ein prozentualer Anstieg der Zahl der Patientinnen mit Verschleppungszeiten bis zu nur 2 Monaten wird in den Jahren 1949 bis 1958 gegenüber 1920 bis 1948 erkennbar. Die Differenz konnte statistisch gesichert werden. Die Prozentzahlen steigen von minimal 26% (1920 bis 1925), maximal 36% (1931 bis 1935 und 1941 bis 1945) im Verlauf der Jahre 1949 bis 1953 und 1954 bis 1958 auf 42 und 47%, während

in den gleichen Zeiträumen die Prozentzahlen für die längsten Verschleppungszeiten (über 6 Monate) von 50% (1920 bis 1925) und 34% (1931 bis 1935) auf 33 und 29% fallen.

Bei den Landpatientinnen hätte man unter Umständen längere Verschleppungszeiten vermuten können als bei den Stadtpatientinnen. Zweifellos ist die Aufklärung auf dem Lande schwieriger durchzuführen als in der Stadt. Außerdem können Zeitmangel (Fehlen von Arbeitskräften) und weite beschwerliche Wege den Arztbesuch zumindest verzögern. *Dyroff* und *Siebert* stellten bei der Untersuchung von Verschleppungszeiten beim Uteruskarzinom nur unwesentliche Unterschiede zwischen Stadt- und Landbevölkerung fest. Nach unseren Beobachtungen halten sich bezüglich der Länge der Verschleppungszeit Stadt- und Landbevölkerung etwa das Gleichgewicht. Die Prozentzahlen differieren nur um 3 bis 7%. *Bohlig* fand wohl bei der Großstadtbevölkerung eine Verkürzung der Verschleppungszeit, bei der Kleinstadt- und Landbevölkerung hat sich nach seinen Ergebnissen nichts geändert.

Bei den über 60 Jahre alten Patientinnen fanden wir eine Tendenz in Richtung auf längere Verschleppungszeiten im Vergleich zu den jüngeren Patientinnen. Die Differenz ist statistisch gesichert. *Dyroff* und *Siebert* beobachteten bei den jüngeren an Uteruskarzinom erkrankten Patientinnen eine kürzere Verschleppungszeit gegenüber denen der mittleren Altersgruppe. Mit zunehmendem Alter wächst die Verschleppungszeit, wobei sie im Alter von 45 Jahren ein Maximum erreicht und mit weiter steigendem Alter wieder fällt. *Ficke* und *Reißig* teilten ebenfalls nach Altersgruppen auf, konnten aber keine signifikanten Unterschiede feststellen (Zahlenwerte geben die Autoren nicht an).

Eine statistisch einwandfreie Differenz in der Gesamtverteilung ergibt sich beim Betrachten der Beamtenreihe gegenüber den anderen 3 Gruppen. Ebenfalls eine statistisch gesicherte Differenz in der Gesamtverteilung wird erkennbar beim Vergleich der Beamten-Angestellten-Gruppe mit der Gruppe der Selbstständigen und Arbeiter. *Bohlig* (zit. nach *Ficke* und *Reißig*) fand eine längere Verschleppungszeit bei den sozial niederen Klassen, *Ficke* und *Reißig* kamen nicht zu derartigen Ergebnissen (Zahlenwerte sind nicht angegeben).

Die Verschleppung durch den Arzt hat in den Jahren 1954 bis 1958 gegenüber den Jahren 1949 bis 1953 eine Verringerung erfahren, denn 1954 bis 1958 wurden 61% innerhalb von 4 Wochen der Klinik überwiesen gegenüber 45% in den Jahren 1949 bis 1953. Statistisch läßt sich eine Differenz der prozentualen Verteilung in den ersten 4 Wochen 1949 bis 1953 gegenüber 1954 bis 1958 einwandfrei und in der Gesamtverteilung bis zu 6 Monaten stark sichern.

Die Darstellung der ärztlichen Verschleppung unter Berücksichtigung des Arztsitzes (Stadt oder Land) erbrachte keine verwertbaren Unterschiede.

Nun seien noch tabellarisch einige aus dem Schrifttum mitgeteilte Ergebnisse zum Vergleich mit unseren Resultaten angeführt (Tab. 7).

Claus kam, wie aus der Tabelle zu entnehmen ist, in den Verschleppungsabschnitten von 6 und 7 bis 12 Monaten zu ähnlichen Ergebnissen wie wir (1930 bis 1937: 66 und 70%, 1938 bis 1944: 14 und 12%).

Die Werte *Bohlig*s differieren mit unseren Zahlen im Verschleppungsbereich von 4 Wochen um 10 bis 20%, im Zeitraum von 6 Monaten und darüber liegt eine Differenz von 10% vor.

Die Ergebnisse von *Pack* und *Gallo*, *Ficke* und *Reißig* sowie *Miller* und *Pendergrass* gehen mit unseren Werten in etwa gleich.

Tabelle 7. Vergleichende Gegenüberstellung von Verschleppung beim Mammakarzinom.

Jahre Autor,	Gesamt- zahl	Arzt aufgesucht innerhalb					
		von 2 Wo.	von 4 Wo.	von 6 Wo.	6 Mon. u. darüber	7.—12. Mon.	2. Jahr u. darüber
<i>Claus</i>							
1930—1937	88			58 = 66 0/0		12 = 14 0/0	
1938—1944	118			82 = 70 0/0		14 = 12 0/0	
<i>Bohlig</i>							
1950—1952	373		44 = 12 0/0		99 = 27 0/0		
<i>Pack und Gallo</i>	246		57 = 23 0/0				
<i>Ficke und Reißig</i>		9 0/0			38 0/0		24 0/0
<i>Miller und Pendergrass</i>	1029	82 = 8 0/0					
Univ.-Fr.- Klinik Erlangen							
1920—1948	1582	144 = 9 0/0	344 = 22 0/0	872 = 62 0/0	620 = 38 0/0	294 = 18 0/0	326 = 20 0/0
1949—1953	358	50 = 14 0/0	113 = 32 0/0	241 = 67 0/0	117 = 33 0/0	59 = 17 0/0	58 = 16 0/0
1954—1958	257	52 = 20 0/0	85 = 33 0/0	182 = 71 0/0	74 = 29 0/0	35 = 14 0/0	39 = 15 0/0

Auf Grund unserer Ergebnisse kann gesagt werden, daß die Aufklärung in den letzten Jahren anscheinend zu einem Erfolg in bezug auf eine Verkürzung der Verschleppungszeiten beim Mammakarzinom in unserem Einzugsgebiet geführt hat.

Schlußfolgerungen

Nachdem immer noch relativ lange Verschleppungszeiten sowohl durch den Patienten als auch den Arzt bedingt sind, ist eine weitere Intensivierung der Aufklärung notwendig. Hierbei muß jedoch beachtet werden, daß keine unnötige Verwirrung oder Ängstigung der Patientinnen hervorgerufen wird. Darüber hinaus ist eine bestmögliche Ausbildung der zukünftigen Ärzte auf Tagungen, die Krebsprobleme zum Inhalt haben, zu fordern. Aber als Hauptmittel zur Bekämpfung der Verschleppung des Karzinoms steht uns immer noch die Aufklärung der Gesamtbevölkerung zur Verfügung.

Wintz, der sich besondere Verdienste um die Aufklärung der Bevölkerung erworben hat, ließ in seiner Poliklinik Handzettel mit geeignetem Aufklärungstext an die Patientinnen verteilen. Dyroff und Siegert befürworteten ebenfalls zur Aufklärung jedes Einzelnen einen Propagandatext. Sie fordern dafür zugkräftige, geeignete Schlagworte, die auf die Situation, in der sie an den Menschen herangetragen werden, zugeschnitten sein sollen. Der Text muß den Einzelnen im entscheidenden Moment persönlich und eindringlich ansprechen, und die Bedingungen sollen leicht erfüllbar sein. Dyroff und Siegert geben folgenden Propagandatext an: „Du spürst einen harten Knochen in Deiner Brust! Deine Brust sondert blutig verfärbte Flüssigkeit ab. Denke daran, es könnte ein Krebs dahinterstecken! Geh deshalb zu Deinem Arzt, der kann Dir raten und helfen.“

Jeder Tag, den Du länger wartest, macht Dein Leiden unheilbarer und bedeutet für Dich einen frühen und qualvollen Tod!“.

Natürlich sollen dem Patienten keine großen persönlichen Unkosten oder wesentliche Zeitverluste entstehen.

Ziegler hält eine Aufklärung im kleinen Kreis für zweckmäßiger. Er schlägt deshalb Vorträge für den Personenkreis vor, der sich für medizinisch-technische Probleme interessiert, wie z. B. Mitglieder der Unfallkommission und der Ersten Hilfe, und zwar in Abständen von 6 Wochen. Läden propagiert die Reihenuntersuchungen. Er nennt sie das wirksamste Mittel zur Früherkennung des Krebses, besonders des Brust- und Genitalkrebses der Frau. Bei 19780 Patientinnen, die auf Brust- und Genitalkrebs untersucht wurden, konnten 45 sichere Krebse und 105 Verdachtsfälle ermittelt sowie 2100 Nebenfunde erhoben werden. Esch hält neben der allgemeinen Volksaufklärung auch die Einzelaufklärung für notwendig, wozu sich besonders Studenten, ärztliches Hilfspersonal, Schwestern, Hebammen und Dauergeheilte eignen. 1930 war in der Provinz Westfalen ein Anstieg der gesamten Krebszugänge nach Beginn einer intensiven Aufklärung zu verzeichnen. Neben diesen Erwägungen und Erkenntnissen wird ein Verbot der Krebsbehandlung für Nichtärzte gefordert (*Bohlig, du Mesnil de Rochemont*). Wintz hält persönliche Hygiene und Selbstbeobachtung für die Grundlagen einer zweckmäßigen Bekämpfung des Krebses. Von einer weiteren Verkürzung der Verschleppungszeiten kann ein Anstieg der Heilungsziffer erwartet werden.

Zusammenfassung

Nach Hinweisen auf Mitteilungen aus dem Schrifttum wurden in eigenen Untersuchungen die Verschleppungszeiten beim Mammakarzinom der Jahre 1920 bis 1958 erörtert. An Hand von Tabellen wird der Untersuchungsaufschub durch die Patientinnen in chronologischer Reihenfolge 1920 bis 1958 im Zusammenhang mit dem Alter, dem Wohnsitz (Stadt, Land), der Berufszugehörigkeit dargelegt und Vergleiche innerhalb der einzelnen Reihen werden angestellt. Statistisch gesichert werden konnte die Differenz der Prozentzahlen der Patientinnen, die innerhalb von 2 Monaten den Arzt aufsuchten, für die Jahre 1949 bis 1958 (höherer prozentualer Anteil) gegenüber den Jahren 1926 bis 1945 zusammengefasst. Statistisch wahrscheinlich ist die Differenz der Prozentzahlen bei Verschleppungszeiten bis zu 2 Monaten zwischen den Nachkriegsjahren 1920 bis 1925 und 1946 bis 1948 (prozentual niedrigerer Anteil) gegenüber dem Gesamtzeitraum 1926 bis 1945. Außerdem wurde die Verschleppung durch den Arzt in den Jahren 1949 bis 1958 unter Aufgliederung nach dem Arztsitz in der Stadt bzw. auf dem Lande dargestellt. Eine statistisch gesicherte Differenz stellte sich bei der Verschleppung durch den Arzt für die Jahre 1949 bis 1953 gegenüber 1954 bis 1958 heraus (Verkürzung der Verschleppungszeit 1954 bis 1958).

Summary

The literature was reviewed and a report of studies about the delay of cancer of the breast between 1920 and 1958 was given. Tables demonstrate the delay caused by the patients in chronologic order between 1920 and 1958 and its relation to age, residence (city or country), and occupation. The different groups were compared. There was a higher percentage of patients consulting a physician during the first two months after onset of symptoms in the years 1948—1958 as compared with the period between 1926 and 1945. Statistically likely is the difference of the percentage numbers with a delay up to two months between the post war periods 1920—1925 and 1946—1948 (lower percentage) as compared with the total period 1926—1945. The delay caused by the

physician in relation to location of practice (city or country) was also demonstrated. The delay caused by the physician was greater during the periode 1949–1953 as compared with 1954–1958, which was of statistical significance.

Résumé

Les auteurs communiquent quelques données de la littérature et leurs recherches personnelles au sujet du temps perdu avant traitement du cancer du sein de 1920 à 1958. A l'aide de tableaux ils établissent le temps perdu par les patients en séries chronologiques, d'après l'âge, le lieu de séjour (ville ou campagne) et la profession; des comparaisons sont établies entre les différentes séries. Les statistiques permettent d'établir la différence entre le pourcentage de malades qui vont chez le médecin dans les deux premiers mois, pour les années 1949 à 1958 (pourcentage plus élevé) que dans les années 1926 à 1945. D'après les statistiques, il semble exister un pourcentage plus faible de malades qui retardent l'examen jusqu'à deux mois pour les périodes d'après guerre (1920 à 1925 et 1946 à 1948) par rapport à la période de 1926 à 1945. Les auteurs établissent ensuite le retard apporté par le médecin (de 1949 à 1958) d'après le lieu de résidence (ville ou campagne). Les statistiques montrent une amélioration dans le retard apporté par le médecin pour les années de 1954 à 1958 par rapport aux années 1949 à 1953.

Schrifttum

Aufiligow: Ärtzl. Fortbildungskurse 46: 286. — *Becker, M.*: Arch. Geschwulstforsch. 12 (1958): 233. — *Berven, E.*: Strahlentherapie 83 (1950): 413; Fortschr. Röntgenstr. 75, Sdhft. Schinz/10. — *Bloom*: Brit. J. Cancer 4 (1950): 259 u. 347. — *Bohlig, H.*: Dtsch. Gesundh.-Wes. 8 (1953): 1174. — *Chance, O.*: Irish. med. Ass. 39 (1956): 187. — *Claus, H. G.*: Strahlentherapie 83 (1950): 355. — *Dietel, F. G.*, u. *H. Dietsch*: Dtsch. med. Wschr. 61: 698. — *Du Mesnil de Rochemont, R.*: Lehrbuch der Strahlenheilkunde, Stuttgart 1958, S. 539. — *Dyroff, R.*, u. *A. Siegert*: Röntgen- und Radiumbehandlung in der Frauenheilkunde, in: *Seitz-Amreich*, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. III, München-Berlin 1955, S. 880. — *Edling, L.*: Acta radiol. 24 (1943): 45. — *Esch, P.*: Zbl. Gynäk. 64 (1940): 898; Med. Klin. 5 (1948): 140. — *Ficke, K. H.*, u. *G. Reißig*: Arch. Geschwulstforsch. 10 (1956): 308. — *Fischer, W.*: Arch. Geschwulstforsch. 4 (1952): 216. — *Gummel, H.*, u. *G. Wildner*: Dtsch. Gesundh.-Wes. 6 (1951): 619. — *Karitzky*: Dtsch. Z. Chir. 243: 560. — *Kreyberg, L.*: Arch. Geschwulstforsch. 7 (1954): 390 (Ref.). — *Läwen, A.*: Münch. med. Wschr. (1939), 29. — *MacLean, J.*: Int. Coll. Surg. 20 (1953): 430. — *Miller, D.*, u. *Pendergrass*: Penn. med. J. 57 (1954): 421. — *Pack, G. T.*, u. *J. S. Gallo*: Amer. J. Cancer XXXIII (1938): 443. — *Schröder, R.*: Dtsch. Gesundh.-Wes. 7 (1952): 1167. — *Shorter, A.*: Lancet 253 (1947): 842. — *Strambach, S.*: Inaug. Diss., Erlangen 1954. — *Wintz, H.*: Über Krebs und Krebsbekämpfung, Vortrag 1931. — *Wildner, G. P.*: Arch. Geschwulstforsch. 12 (1958): 237. — *Ziegler, F.*: Dtsch. Gesundh.-Wes. 4 (1949): 851.

Lebenslauf.

Am 12. April 1933 wurde ich, Franz Jungbauer, als Sohn des Müllers Franz Jungbauer und dessen Ehefrau Mathilde, geb. Janda, in Tisch, Kreis Krummau CSR, geboren. Mit 6 Jahren trat ich in die Volksschule in Tisch ein und beendete dieselbe nach unserer Ausweisung 1946 in Waischenfeld (Fränkische Schweiz). Ab 1. September 1949 besuchte ich die humanistische Anstalt der Karmeliten in Bamberg und legte nach Besuch der 9. Klasse des Alten Gymnasiums zu Bamberg die Reifeprüfung mit Erfolg ab.

Mit Beginn des Wintersemesters 1954 nahm ich nach reiflicher Überlegung das Studium der Zahnheilkunde an der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen auf. Am 28. April 1956 bestand ich hier die zahnärztliche Vorprüfung und legte im Wintersemester 1958/59 die zahnärztliche Prüfung ab.

